

Detalles del plan Select Plus, todo en un solo lugar.

Use este Resumen de Beneficios para obtener más información sobre los beneficios de este plan, las maneras en que podría obtener ayuda para manejar los costos y cómo podría aprovechar más este plan de salud.

Revise lo que está incluido en el plan		Select Plus
	Cobertura dentro de la red solamente Por lo general, usted puede ahorrar dinero cuando recibe cuidado a través de servicios cubiertos para el cuidado de la salud ofrecidos por proveedores de la red.	☐
	Beneficios dentro y fuera de la red Usted puede recibir cuidado y servicios de proveedores y centros dentro y fuera de la red — pero podrá reducir sus costos si recibe servicios dentro de la red.	☒
	Se requiere un médico de cuidado primario (PCP) Con este plan, usted tiene que elegir un médico de cuidado primario (primary care physician, PCP) — el médico que cumple una función importante en ayudar a administrar el cuidado de su salud. Cada persona inscrita en su plan tendrá que elegir un médico de cuidado primario.	☐
	Se requieren referencias Necesitará referencias de su médico de cuidado primario para poder consultar a un especialista o recibir ciertos servicios para el cuidado de la salud.	☐
	El cuidado preventivo está cubierto al 100% No hay ningún costo adicional por consultar a un proveedor de la red para recibir cuidado preventivo.	☒
	Beneficios de farmacia Con este plan, usted tiene una cobertura que le ayuda a pagar los medicamentos y principios activos con receta.	☒
	Proveedores del Nivel 1 El uso de proveedores del Nivel 1 puede hacer rendir al máximo sus beneficios de cuidado de la salud. Estos médicos de cuidado primario y especialistas médicos cumplen con los parámetros estándar nacionales de cuidado de calidad y ahorros de costos.	☐
	Centros autónomos Podría pagar menos cuando use ciertos centros autónomos — centros de cuidado de la salud que no facturan los servicios como parte de un hospital, por ejemplo, centros de imágenes por resonancia magnética (magnetic resonance imaging, MRI) o centros de cirugía.	☒
	Cuenta de ahorros para la salud (HSA) Con una cuenta de ahorros para la salud (health savings account, HSA), usted tiene una cuenta bancaria personal que le permite ahorrar dinero libre de impuestos. Úsela para ahorrar y pagar gastos médicos que califiquen.	☒

Este Resumen de Beneficios se usa solamente para destacar sus beneficios. No use este documento para saber cuál es su cobertura exacta. Si este Resumen de Beneficios discrepa del Certificado de Cobertura (Certificate of Coverage, COC), la Lista de Beneficios, las Cláusulas Adicionales o las Enmiendas, regíran estos últimos documentos. Revise su Certificado de Cobertura para ver la descripción exacta de los servicios y suministros que están cubiertos o no, aquellos que están excluidos o limitados, y otros términos y condiciones de la cobertura.

Análisis detallado de cómo funciona Select Plus.

Beneficios Médicos

	Dentro de la Red	Fuera de la Red
Deducible Médico Anual		
Individual	\$3,500	\$6,000
Familiar	\$7,000	\$12,000

Todos los deducibles individuales se tomarán en cuenta para alcanzar el deducible familiar, pero una persona no deberá pagar más que el deducible individual.

*Después de alcanzar el Deducible Médico Anual.

Usted es responsable de pagar el 100% de sus gastos médicos hasta que alcance su deducible. Por ciertos servicios cubiertos, es posible que se le requiera pagar una cantidad fija - su copago.

Límite Anual de Gastos de su Bolsillo		
Individual	\$5,000	\$10,000
Familiar	\$10,000	\$20,000

Todos los máximos de gastos de su bolsillo individuales se tomarán en cuenta para alcanzar el máximo de gastos de su bolsillo familiar, pero una persona no tendrá que pagar más que el máximo de gastos de su bolsillo individual.

Una vez que haya alcanzado su deducible, comenzará a compartir los costos con su plan - su coseguro. Usted seguirá pagando una parte de los gastos hasta que alcance el límite de gastos de su bolsillo. A partir de entonces, su plan pagará el 100% de las cantidades permitidas durante el resto del año del plan.

Lo que Usted Paga por los Servicios		
Copagos (\$) y Coseguros (%) por Servicios Cubiertos para el Cuidado de la Salud	Dentro de la Red	Fuera de la Red
Servicios para el Cuidado Preventivo		
Servicios para el Cuidado Preventivo	Sin copago	Sin cobertura
Ciertos servicios para el cuidado preventivo se prestan según lo especificado por la Ley de Protección al Paciente y del Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA), sin costo compartido para usted. Estos servicios se basan en su edad, género y otros factores de salud. UnitedHealthcare también cubre otros servicios de rutina, que podrían requerir un copago, coseguro o deducible.		
Incluyen servicios como exámenes médicos de bienestar de rutina, vacunas, sacaleches, mamografías y exámenes de detección de cáncer colorrectal.		
Servicios en el Consultorio - Enfermedades o Lesiones		
Médico de Cuidado Primario	10%*	50%*
La Telesalud está cubierta al mismo costo compartido que en el consultorio.		
Especialista	10%*	50%*
La Telesalud está cubierta al mismo costo compartido que en el consultorio.		
Servicios de Centro de Cuidado de Urgencia	10%*	50%*

*Después de alcanzar el Deducible Médico Anual.

*Se requiere preautorización. Consulte su Certificado de Cobertura (Certificate of Coverage, COC)/Lista de Beneficios (Schedule of Benefits, SBN).

Lo que Usted Paga por los Servicios

Copagos (\$) y Coseguros (%) por Servicios Cubiertos para el Cuidado de la Salud

Servicios de Cuidado Virtual

Los beneficios están disponibles solamente cuando los servicios son prestados a través de un proveedor de la red designado para visitas virtuales solamente para servicios de visitas virtuales las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Para buscar un proveedor de visitas virtuales las 24 horas del día, los 7 días de la semana, visite myuhc.com® o llame al número de teléfono que se encuentra en su tarjeta de ID. Es posible que el acceso a los servicios de visitas virtuales las 24 horas del día, los 7 días de la semana y de medicamentos con receta no esté disponible en todos los estados o para todos los grupos.

Sin copago*

Sin cobertura

Exámenes de la Vista

10%*

Sin cobertura

Se limitan a 1 examen cada 24 meses.

Encuentre una Lista de Proveedores de la Red de UnitedHealthcare Vision en myuhcvision.com.

Cuidado de Emergencia

Servicios de Ambulancia - Ambulancia en Situaciones de Emergencia

Ambulancia Aérea

10%*

10%*

Ambulancia Terrestre

10%*

10%*

Servicios de Ambulancia - Ambulancia en Situaciones que No Son de Emergencia¹

Ambulancia Aérea

10%*

10%*

Ambulancia Terrestre

10%*

50%*

Servicios Dentales - Solo para Accidentes

10%*

10%*

Servicios para el Cuidado de la Salud de Emergencia - Pacientes Ambulatorios

10%*

10%*

Cuidado para Pacientes Hospitalizados

Cirugías por Enfermedad Congénita del Corazón (CHD)¹

10%*

50%*

Servicios de Rehabilitación - Pacientes Hospitalizados¹

El límite será el mismo que, y estará combinado con, los que se indican en la sección Servicios en Centros de Enfermería Especializada/Centros de Rehabilitación para Pacientes Hospitalizados.

Lo que usted paga se basa en donde se preste el servicio cubierto para el cuidado de la salud.

Hospital - Estadía como Paciente Hospitalizado¹

10%*

50%*

Servicios en Centros de Enfermería Especializada/Centros de Rehabilitación para Pacientes Hospitalizados¹

10%*

50%*

Se limitan a 100 días por cada año en un centro de enfermería especializada.

*Después de alcanzar el Deducible Médico Anual.

¹Se requiere preautorización. Consulte su Certificado de Cobertura (Certificate of Coverage, COC)/Lista de Beneficios (Schedule of Benefits, SBN).

Lo que Usted Paga por los Servicios

Copagos (\$) y Coseguros (%) por Servicios Cubiertos para el Cuidado de la Salud

Cuidado para Pacientes Ambulatorios

Servicios de Rehabilitación - Pacientes Ambulatorios

10% *

50% *

Los límites serán los mismos que, y estarán combinados con, los que se indican en la sección Servicios de Rehabilitación - Terapia y Tratamiento Manipulativo para Pacientes Ambulatorios.

Los beneficios fuera de la red no se encuentran disponibles para la fisioterapia, la terapia ocupacional ni el tratamiento manipulativo.

Los límites de visitas no se aplican a la terapia ocupacional, fisioterapia o terapia del habla para el tratamiento médicamente necesario de una condición de salud, incluidos los Trastornos del Espectro Autista.

Cuidado de Asistencia Médica a Domicilio¹

10% *

50% *

Se limita a 100 visitas por cada año.

Fuera de la red: Se limita a \$150 por cada visita para las cantidades permitidas.

Una visita equivale hasta cuatro horas de servicios de cuidado especializado. Este límite de visitas no incluye ningún servicio que se facture únicamente por la administración de infusión intravenosa.

Servicios de Laboratorio, Radiografías y de Diagnóstico - Pacientes Ambulatorios - Análisis de Laboratorio

Por servicios prestados en un laboratorio autónomo, un centro de diagnóstico autónomo o en un consultorio médico

10% *

Sin cobertura

Por servicios prestados en un laboratorio hospitalario o un centro de diagnóstico hospitalario para pacientes ambulatorios

40% *

Sin cobertura

Servicios de Laboratorio, Radiografías y de Diagnóstico - Pacientes Ambulatorios - Radiografías y otras Pruebas de Diagnóstico¹

Por servicios prestados en un laboratorio autónomo, un centro de diagnóstico autónomo o en un consultorio médico

10% *

50% *

Por servicios prestados en un laboratorio hospitalario o un centro de diagnóstico hospitalario para pacientes ambulatorios

10% *

50% *

Servicios de Estudios por Imágenes y de Diagnóstico Mayores - Pacientes Ambulatorios¹

Por servicios prestados en un centro de diagnóstico autónomo o en un consultorio médico

10% *

50% *

Por servicios prestados en un centro de diagnóstico hospitalario para pacientes ambulatorios

40% *

50% *

Es posible que tenga que pagar un copago, deducible o coseguro adicional por honorarios del médico o productos farmacéuticos.

Honorarios del Médico por Servicios Quirúrgicos y Médicos

10% *

50% *

Servicios de Rehabilitación - Terapia y Tratamiento Manipulativo para Pacientes Ambulatorios

10% *

50% *

Se limitan a 24 visitas de tratamiento manipulativo por cada año.

Los beneficios fuera de la red no se encuentran disponibles para la fisioterapia, la terapia ocupacional ni el tratamiento manipulativo.

Los límites de visitas no se aplican a la terapia ocupacional, fisioterapia o terapia del habla para el tratamiento médicamente necesario de una condición de salud, incluidos los Trastornos del Espectro Autista.

* Después de alcanzar el Deducible Médico Anual.

¹ Se requiere preautorización. Consulte su Certificado de Cobertura (Certificate of Coverage, COC)/Lista de Beneficios (Schedule of Benefits, SBN).

Lo que Usted Paga por los Servicios

Copagos (\$) y Coseguros (%) por Servicios Cubiertos para el Cuidado de la Salud

	Dentro de la Red	Fuera de la Red
Procedimientos Endoscópicos - Terapéuticos y de Diagnóstico para Pacientes Ambulatorios Por servicios prestados en un centro autónomo o en un consultorio médico 10%* Por servicios prestados en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios 10%* <i>Los procedimientos endoscópicos de diagnóstico o terapéuticos incluyen, entre otros, colonoscopia, sigmoidoscopia y endoscopia.</i>		50%*
Cirugía - Pacientes Ambulatorios¹ Por servicios prestados en un centro de cirugía ambulatoria o en un consultorio médico 10%* Por servicios prestados en un centro de cirugía hospitalario para pacientes ambulatorios 10%* <i>Fuera de la red: La cantidad permitida por tarifas del centro médico se limita a \$760 por cada fecha del servicio.</i> <i>Los servicios o procedimientos de vasectomía dentro de la red no tienen costo, después de alcanzar el deducible.</i>		50%*
Tratamientos Terapéuticos - Pacientes Ambulatorios¹ <i>Los beneficios fuera de la red no se encuentran disponibles para servicios de diálisis.</i> <i>Los tratamientos terapéuticos incluyen, entre otros, diálisis, quimioterapia intravenosa, infusión intravenosa, servicios de información médica educativa y oncología de radiación.</i>	10%*	50%*
Suministros y Servicios		
Artículos para el Automanejo de la Diabetes ¹	Lo que usted paga se basa en donde se preste el servicio cubierto para el cuidado de la salud, que se indica en las secciones Equipo Médico Duradero (DME), Ortesis y Suministros o Beneficios de Medicamentos con Receta para Pacientes Ambulatorios.	
Capacitación y Automanejo de la Diabetes/Exámenes de la Vista/Cuidado de los Pies para Personas Diabéticas ¹ <i>Para la capacitación y el automanejo, el costo compartido no excederá los costos de las visitas al consultorio del médico.</i>	Lo que usted paga se basa en donde se preste el servicio cubierto para el cuidado de la salud.	
Equipo Médico Duradero (DME), Ortesis y Suministros	10%*	Sin cobertura
Nutrición Enteral	10%*	50%*
Aparatos Auditivos <i>Se limitan a \$2,500 por cada año.</i> <i>Se limitan a una sola compra por cada oído con limitaciones auditivas cada 3 años.</i> <i>La reparación o el reemplazo de un aparato auditivo se aplica a este límite de la misma manera que una compra.</i>	10%*	50%*
Suministros para Ostomía	10%*	Sin cobertura
Productos Farmacéuticos - Pacientes Ambulatorios 10%* <i>Esto incluye los medicamentos administrados como paciente ambulatorio en un hospital, centro alternativo, consultorio médico o en el domicilio de una persona cubierta.</i>	10%*	50%*

*Después de alcanzar el Deducible Médico Anual.

¹Se requiere preautorización. Consulte su Certificado de Cobertura (Certificate of Coverage, COC)/Lista de Beneficios (Schedule of Benefits, SBN).

Lo que Usted Paga por los Servicios

Copagos (\$) y Coseguros (%) por Servicios Cubiertos para el Cuidado de la Salud

Prótesis¹

10% *

50% *

Se limitan a una sola compra por cada tipo de prótesis cada 3 años.

La reparación o el reemplazo de una prótesis se aplica a este límite de la misma manera que una compra.

Catéteres Urinarios

10% *

Sin cobertura

Embarazo

Embarazo - Servicios de Maternidad¹

Lo que usted paga se basa en donde se preste el servicio cubierto para el cuidado de la salud, excepto que no se aplicará un deducible anual a un niño recién nacido cuya estadía en el hospital sea la misma que la estadía de la madre.

Todos los artículos y servicios de maternidad que sean cuidado preventivo recomendado y cuya cobertura sea obligatoria conforme a la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio se proporcionarán sin costo compartido. Consulte la sección Servicios para el Cuidado Preventivo.

Pagamos los servicios cubiertos para el cuidado de la salud en los que incurra si usted participa en el Programa de Detección Prenatal de California, que es un programa estatal de pruebas prenatales administrado por el Departamento Estatal de Servicios de Salud. No hay ningún costo compartido por este beneficio.

Servicios para el Cuidado de la Salud Mental y Trastornos Relacionados con Sustancias y Trastornos Adictivos

Pacientes Hospitalizados¹

10% *

50% *

Terapia Conductual Intensiva (por ejemplo, Análisis Conductual Aplicado, ABA)¹

10% *

50% *

Otros Servicios para Pacientes Ambulatorios, que incluyen Hospitalización Parcial/Tratamiento Diurno/de Alta Intensidad para Pacientes Ambulatorios/Tratamiento Intensivo para Pacientes Ambulatorios¹

10% *

50% *

Visitas al Consultorio para Pacientes Ambulatorios

10% *

50% *

Los Servicios para el Cuidado de la Salud Mental y Trastornos Relacionados con Sustancias y Trastornos Adictivos para pacientes ambulatorios prestados en la escuela no tienen costo.

Otros Servicios

Aborto y Servicios Relacionados con el Aborto

Sin copago*

Sin copago*

Celuloterapia y Genoterapia

Lo que usted paga se basa en donde se preste el servicio cubierto para el cuidado de la salud.

Sin cobertura

Para los beneficios de la red, los servicios de celuloterapia o genoterapia se deben recibir de un proveedor designado.

Ensayos Clínicos¹

Lo que usted paga se basa en donde se preste el servicio cubierto para el cuidado de la salud.

Servicios de Anestesia Dental¹

10% *

50% *

Se limitan a personas cubiertas que sean: un niño menor de siete años; una persona con discapacidad del desarrollo, independientemente de la edad; una persona cuya salud se vea comprometida y para la que se requiera anestesia general, independientemente de la edad.

*Después de alcanzar el Deducible Médico Anual.

¹Se requiere preautorización. Consulte su Certificado de Cobertura (Certificate of Coverage, COC)/Lista de Beneficios (Schedule of Benefits, SBN).

Lo que Usted Paga por los Servicios

Copagos (\$) y Coseguros (%) por Servicios Cubiertos para el Cuidado de la Salud

Servicios Médicos de Emergencia Prestados por un Programa Comunitario de Paramedicina, un Programa de Evaluación y Clasificación de Necesidades Médicas para Derivación a Destino Alternativo y un Programa Móvil de Salud Integrada

Lo que usted paga se basa en donde se preste el servicio cubierto para el cuidado de la salud.

Cuidado Médico en la Sala de Emergencias y Tratamiento de Cuidado de la Salud de Seguimiento en Caso de Violación y Agresión Sexual

Todas las visitas durante los primeros nueve meses tras el inicio del tratamiento

Sin copago*

50%*

Visitas subsiguientes después de nueve meses del inicio del tratamiento

10%*

50%*

El cuidado médico en la sala de emergencias y el tratamiento de cuidado de la salud de seguimiento son gratuitos para una persona cubierta atendida a causa de una violación o agresión sexual durante los primeros nueve meses tras el inicio del tratamiento después de alcanzar el deducible.

Preservación de la Fertilidad para la Infertilidad Iatrogénica¹

10%*

50%*

Se limita a \$20,000 de por vida por cada persona cubierta.

Se limita a \$5,000 para medicamentos con receta por cada persona cubierta.

Se limita a 1 ciclo de preservación de la fertilidad para la Infertilidad Iatrogénica de por vida.

Disforia de Género

Lo que usted paga se basa en donde se preste el servicio cubierto para el cuidado de la salud o en la sección Beneficios de Medicamentos con Receta para Pacientes Ambulatorios.

Los límites para terapia de modificación de la voz o lecciones de voz serán los mismos que, y se combinan con, los límites de terapia del habla para pacientes ambulatorios como se describen en Servicios de Rehabilitación y Servicios de Rehabilitación - Terapia y Tratamiento Manipulativo para Pacientes Ambulatorios.

Equipos de Prueba Caseros para Enfermedades de Transmisión Sexual

Sin copago

50%*

Cuidados Paliativos¹

10%*

50%*

Leche Humana

10%*

50%*

Servicios para el Tratamiento de la Infertilidad¹

10%*

50%*

Servicios de Mastectomía¹

Lo que usted paga se basa en donde se preste el servicio cubierto para el cuidado de la salud.

Obesidad - Cirugía para Bajar de Peso¹

Lo que usted paga se basa en donde se preste el servicio cubierto para el cuidado de la salud.

Sin cobertura

Se limita a 1 procedimiento de por vida.

Para los beneficios de la red, la cirugía para la obesidad (para bajar de peso) se debe recibir de un proveedor designado.

Servicios para el Uso de un Medicamento Fuera de la Indicación Aprobada y Experimentales o de Investigación

Lo que usted paga se basa en donde se preste el servicio cubierto para el cuidado de la salud.

Servicios para la Osteoporosis

Lo que usted paga se basa en donde se preste el servicio cubierto para el cuidado de la salud.

Trastornos Neuropsiquiátricos Autoinmunitarios Pediátricos Asociados con Infecciones Estreptocócicas (PANDAS) y Síndrome Neuropsiquiátrico Pediátrico de Inicio Agudo (PANS)

Lo que usted paga se basa en donde se preste el servicio cubierto para el cuidado de la salud.

*Después de alcanzar el Deducible Médico Anual.

¹Se requiere preautorización. Consulte su Certificado de Cobertura (Certificate of Coverage, COC)/Lista de Beneficios (Schedule of Benefits, SBN).

Lo que Usted Paga por los Servicios

Copagos (\$) y Coseguros (%) por Servicios Cubiertos para el Cuidado de la Salud

Pruebas Genéticas Preimplante (PGT) y Servicios Relacionados¹

10% *

50% *

Los límites de beneficios por servicios relacionados serán los mismos que se indican en Preservación de la Fertilidad para la Infertilidad Iatrogénica. Este límite no incluye las Pruebas Genéticas Preimplante (PGT) para el trastorno genético específico. Este límite incluye los beneficios por medicamentos para la estimulación ovárica que se proporcionan en la Cláusula Adicional de Medicamentos con Receta para Pacientes Ambulatorios.

Procedimientos Reconstructivos¹

Lo que usted paga se basa en donde se preste el servicio cubierto para el cuidado de la salud.

Servicios de Telesalud

Lo que usted paga se basa en donde se preste el servicio cubierto para el cuidado de la salud.

Servicios para la Articulación Temporomandibular (TMJ)¹

Lo que usted paga se basa en donde se preste el servicio cubierto para el cuidado de la salud.

Servicios para Trasplantes

Lo que usted paga se basa en donde se preste el servicio cubierto para el cuidado de la salud. Sin cobertura

Los beneficios dentro de la red se deben recibir de un proveedor designado.

*Después de alcanzar el Deducible Médico Anual.

¹Se requiere preautorización. Consulte su Certificado de Cobertura (Certificate of Coverage, COC)/Lista de Beneficios (Schedule of Benefits, SBN).

Beneficios de Farmacia

Detalles del Plan de Farmacia	
Red de Farmacias	National
Lista de Medicamentos con Receta	Advantage w/ SMCS Drugs

Dentro de la Red

Deducible Anual de Farmacia	
Individual	Consulte la sección Deducible Médico Anual
Familiar	Consulte la sección Deducible Médico Anual

Deducible Anual - Dentro y Fuera de la Red

El Deducible de Farmacia es lo que usted paga por gastos de farmacia por cada año antes de comenzar a recibir Beneficios de Farmacia.

Nivel de Medicamentos con Receta	Un suministro de hasta 31 días		Un suministro de hasta 90 días
	Farmacia Minorista Dentro de la Red	Farmacia Minorista Fuera de la Red	Farmacia de Pedidos por Correo Dentro de la Red**
Nivel 1 \$	\$10*	\$10*	\$25*
Nivel 2 \$\$	\$35*	\$35*	\$87.50*
Nivel 3 \$\$\$	\$70*	\$70*	\$175*
Nivel de Medicamentos con Receta de Especialidad	Farmacia Especializada Dentro de la Red	Farmacia Especializada Preferida Fuera de la Red	Farmacia Especializada de Pedidos por Correo**
Nivel 1 \$	\$10*	\$10*	No corresponde
Nivel 2 \$\$	\$150*	\$150*	No corresponde
Nivel 3 \$\$\$	\$250*	\$250*	No corresponde

* Después de alcanzar el Deducible Anual de Farmacia.

** Solo ciertos medicamentos con receta están disponibles a través de la farmacia de pedidos por correo. Para obtener más información, visite myuhc.com® o llame a Servicio al Cliente al número de teléfono que se encuentra en la parte de atrás de su tarjeta de ID. Le cobrarán un copago o coseguro como farmacia minorista por 31 días o el doble por 60 días, según la cantidad de días de suministro que se surta por cualquier receta o resurtido enviado a la farmacia de pedidos por correo. Para aprovechar al máximo su beneficio, pídale a su médico que le extienda la receta o el resurtido para un suministro de 90 días, con resurtidos cuando corresponda, en vez de un suministro de 30 días con tres resurtidos.

Su copago o coseguro se determinan según el nivel al cual el Comité de Administración de la Lista de Medicamentos con Receta (Prescription Drug List, PDL) haya asignado al medicamento con receta. Todos los medicamentos con receta incluidos en la Lista de Medicamentos con Receta se asignan al Nivel 1, Nivel 2 o Nivel 3.

Si usted es un miembro, para buscar información personalizada sobre su cobertura de beneficios, determinar el estado de nivel, verificar el estado de los reclamos y buscar farmacias de la red, inicie sesión en su cuenta de myuhc.com® o llame al número de teléfono de Servicio al Cliente que se encuentra en su tarjeta de ID. Si no es miembro, puede consultar la información sobre medicamentos con receta en welcometouhc.com > "Benefits" (Beneficios) > "Pharmacy Benefits" (Beneficios de Farmacia).

Si usa una farmacia fuera de la red, es posible que deba pagar la diferencia entre la tarifa de reembolso fuera de la red y el cargo usual y habitual de la farmacia.

El costo compartido de medicamentos de especialidad (specialty medication cost share, SMCS) le recomienda hablar con su médico acerca de opciones de medicamentos de menor costo. Usted podría pagar más si no elige una opción de menor costo.

Este es un ejemplo de cómo serán los costos del plan.

1 Al principio del año de su plan...

Usted será responsable de pagar el 100% de sus servicios de salud cubiertos hasta que alcance su **deducible**, que es lo que usted paga antes de que su plan de salud pague una parte.

USTED PAGA EL 100%

2 Una vez que alcance su deducible...

Su plan de salud comienza a compartir con usted un porcentaje de los costos (las cantidades permitidas, sin incluir los copagos) por servicios cubiertos para el cuidado de la salud — este es su **coseguro**.*

USTED PAGA EL 20%*

SU PLAN PAGA EL 80%

3 Cuando alcance el límite de gastos de su bolsillo...

Su plan cubre sus costos (la cantidad permitida) al 100%. El **límite de gastos de su bolsillo** es lo máximo que usted pagará por servicios de salud cubiertos en un año del plan — los copagos y coseguros se toman en cuenta para alcanzar ese límite.

SU PLAN PAGA EL 100%

Además, también podría tener que pagar una cantidad fija (por ejemplo, \$15) —o **copago**— por servicios cubiertos para el cuidado de la salud, tales como por consultar a un proveedor o comprar un medicamento con receta. Usted paga el 100% del copago, generalmente cuando recibe el servicio.

*Su coseguro puede variar según el servicio. Este ejemplo es solo con fines ilustrativos.

Más maneras de ayudarle a administrar su plan de salud y mantenerse actualizado.



Busque médicos en la red.

Puede visitar proveedores dentro y fuera de la red — pero cuando recibe servicios dentro de la red, probablemente pagará menos por el cuidado de la salud. Para comenzar:

- Visite welcometouhc.com > “Benefits” (Beneficios) > “Find a Doctor or Facility” (Buscar un Médico o Centro).
- Elija “Search for a health plan” (Buscar un plan de salud).
- Elija **Select Plus** para ver proveedores en la red del plan de salud.



Administre sus medicamentos.

Busque sus medicamentos con receta en la Lista de Medicamentos con Receta (PDL). En esta lista, los medicamentos están clasificados en niveles que representan lo que usted pagará, a fin de que a usted y a su médico les resulte más fácil buscar opciones para ahorrar dinero.

- Visite welcometouhc.com > “Benefits” (Beneficios) > “Pharmacy Benefits” (Beneficios de Farmacia).
- Elija **Advantage** para ver los medicamentos que están cubiertos por su plan.



Acceda a su plan en Internet.

Con myuhc.com, usted tiene un centro de información de salud personalizada para ayudarle a buscar un médico, administrar sus reclamos, calcular los costos aproximados y mucho más.



Tenga acceso desde cualquier lugar.

Dondequiera que vaya, la aplicación de UnitedHealthcare® le da acceso instantáneo a su plan de salud. Descárguela para buscar cuidado de la salud cercano, consultar a un médico por videochat las 24 horas del día, los 7 días de la semana, acceder a su tarjeta de ID del plan de salud y mucho más.

¡Qué bueno saberlo!

¡Genial!

Otra información importante sobre sus beneficios.

Exclusiones Médicas

- Acupuntura
- Cirugía estética
- Cuidado dental (adultos/niños)
- Anteojos
- Cuidado a largo plazo
- Cuidado que no es de emergencia mientras viaja fuera de los Estados Unidos
- Servicios de enfermería privada
- Cuidado de los pies de rutina
- Programas de control de peso

Beneficios de Medicamentos con Receta para Pacientes Ambulatorios

Cuando compra medicamentos con receta en una farmacia minorista dentro de la red, usted es responsable de pagar la menor de las siguientes cantidades: 1) El copago o coseguro correspondiente; 2) El cargo usual y habitual de la farmacia minorista dentro de la red por ese medicamento con receta; y 3) El cargo del medicamento con receta. Cuando compra un medicamento con receta en una farmacia de pedidos por correo dentro de la red, usted es responsable de pagar la menor de las siguientes cantidades: 1) El copago o coseguro correspondiente; y 2) El cargo del medicamento con receta.

Para conocer las cantidades, consulte los copagos o coseguros que se indican en la tabla Información sobre Beneficios. No le reembolsaremos ningún medicamento que no esté cubierto.

Por un solo copago o coseguro, usted podría recibir un medicamento con receta hasta el límite de suministro indicado. Algunos productos están sujetos a límites de suministro adicionales según los criterios que hemos desarrollado. Los límites de suministro están sujetos a nuestra revisión y modificación periódicamente.

Los límites de suministro de medicamentos de especialidad con receta son los indicados por el proveedor, con un suministro de hasta 31 días consecutivos, a menos que se ajusten en función del tamaño del envase del fabricante o en función de los límites de suministro, o según lo permitido por el Programa Smart Fill. Los límites de suministro se aplican a los medicamentos de especialidad con receta obtenidos en una farmacia especializada preferida de la red, una farmacia especializada no preferida de la red, una farmacia fuera de la red, una farmacia de pedidos por correo de la red o una farmacia designada.

Ciertos medicamentos con receta, para los cuales se describen los beneficios en la Cláusula Adicional de Medicamentos con Receta, están sujetos a requisitos de terapia escalonada. Para recibir beneficios por dichos medicamentos con receta, usted primero debe usar medicamentos con receta o productos farmacéuticos diferentes para los cuales se proporcionan beneficios conforme al Certificado. Para saber si un medicamento con receta está sujeto a requisitos de terapia escalonada, podría comunicarse con nosotros en myuhc.com o por teléfono al número que se encuentra en su tarjeta de ID.

Antes de que le suministren ciertos medicamentos con receta, su médico, su farmacéutico o usted tienen la obligación de obtener nuestra preautorización o la de nuestra persona designada para determinar si el medicamento con receta está de acuerdo con nuestras pautas aprobadas y cumple la definición de servicio cubierto para el cuidado de la salud y no es un servicio experimental, de investigación o no comprobado. También podemos exigirle que obtenga nuestra preautorización o la de nuestra persona designada para que podamos determinar si el medicamento con receta, de acuerdo con nuestras pautas aprobadas, fue recetado por un especialista.

Ciertos medicamentos para el cuidado preventivo pueden estar cubiertos a un costo compartido de cero. Para obtener más información, comuníquese con nosotros en myuhc.com o llame al número de teléfono que se encuentra en su tarjeta de ID.

Se proporcionan beneficios para ciertos medicamentos con receta suministrados por una farmacia de pedidos por correo dentro de la red o una farmacia minorista preferida de la red para suministros de 90 días. La Lista de Beneficios de Medicamentos con Receta para Pacientes Ambulatorios le indicará cómo se aplican los límites de suministro en una farmacia de pedidos por correo dentro de la red y en una farmacia minorista preferida de la red para suministros de 90 días. Comuníquese con nosotros en myuhc.com o por teléfono al número que se encuentra en su tarjeta de ID para saber si se proporcionan beneficios para su medicamento con receta y para obtener información sobre cómo obtener su medicamento con receta a través de una farmacia de pedidos por correo dentro de la red o una farmacia minorista preferida de la red para suministros de 90 días.

Otra información importante sobre sus beneficios.

Exclusiones de Farmacia

Se aplican las siguientes exclusiones. Además, consulte su Cláusula Adicional de Farmacia y Lista de Beneficios para conocer las exclusiones y limitaciones adicionales que se pueden aplicar.

- Un producto farmacéutico para el cual se proporcionan beneficios en su Evidencia de Cobertura.
- Medicamento con receta que tenga un producto aprobado biosimilar o un equivalente terapéutico biosimilar a otro medicamento con receta cubierto.
- Cualquier medicamento con receta en la medida en que el pago o los beneficios sean proporcionados o puestos a disposición por el gobierno local, estatal o federal (por ejemplo, Medicare).
- Cualquier producto suministrado con el propósito de inhibir el apetito o bajar de peso. Esta exclusión no se aplica a medicamentos con receta para pacientes ambulatorios recetados y con autorización previa para el tratamiento médicamente necesario de la obesidad mórbida.
- Cualquier producto cuyo uso primario sea la nutrición, suplementos nutricionales o manejo nutricional de una enfermedad y productos alimenticios medicinales con receta, aun cuando se usen para el tratamiento de alguna enfermedad o lesión, excepto según lo requerido para la fenilketonuria (phenylketonuria, PKU) según lo descrito en Nutrición Enteral en la Sección 1 de la Evidencia de Cobertura.
- Ciertos nuevos medicamentos con receta o nuevas formas de dosificación hasta la fecha en la que sean revisados y asignados a un nivel por nuestro Comité de Administración de la Lista de Medicamentos con Receta.
- Ciertos medicamentos con receta para los cuales hay alternativas terapéuticamente equivalentes disponibles.
- Ciertos medicamentos con receta que están aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) como envases con un dispositivo o una aplicación, incluidos los sensores inteligentes en envases o los sensores insertados en los medicamentos.
- Ciertos medicamentos compuestos.
- Paquetes y productos de diagnóstico, incluidos los servicios relacionados.
- Medicamentos disponibles sin receta. Esta exclusión no se aplica a los medicamentos, dispositivos y otros productos anticonceptivos para mujeres aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos, incluidos todos los medicamentos, dispositivos y productos anticonceptivos de venta sin receta aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos, y productos según lo dispuesto en las pautas integrales respaldadas por la Administración de Recursos y Servicios de Salud, y según lo exigido por la ley de California cuando los receta un proveedor de la red, para los cuales hay beneficios disponibles, sin costo compartido, según lo descrito en Servicios para el Cuidado Preventivo en la Sección 1: Servicios Cubiertos para el Cuidado de la Salud. Esto tampoco se aplica a los dispositivos o medicamentos sin receta que se usan para dejar de fumar, ni a los medicamentos que tienen una recomendación de A o B del Panel de Expertos en Servicios Preventivos de los Estados Unidos (U.S. Preventive Services Task Force, USPSTF) cuando los receta un proveedor de la red para los cuales se proporcionan beneficios, sin costo compartido, según lo descrito en Servicios para el Cuidado Preventivo en la Sección 1: Servicios Cubiertos para el Cuidado de la Salud.
- Medicamentos que sean recetados, suministrados o indicados para usar durante una estadía como paciente hospitalizado.
- Equipo Médico Duradero, entre ellos, ciertas bombas de insulina y los suministros relacionados con el manejo y el tratamiento de la diabetes, para los cuales se proporcionan beneficios en su Evidencia de Cobertura. Suministros recetados y no recetados para pacientes ambulatorios. Esto no se aplica a los suministros para la diabetes y los espaciadores de inhaladores que se indiquen específicamente como cubiertos.
- Medicamentos y servicios experimentales, de investigación o no comprobados. Esta exclusión no se aplica a los medicamentos con receta descritos en Uso de un Medicamento Fuera de la Indicación Aprobada y Servicios Experimentales o de Investigación de la Sección 1 de la Evidencia de Cobertura.
- Vitaminas generales, excepto vitaminas prenatales, vitaminas con fluoruro y vitaminas individuales cuando se acompañan de una receta o un resurtido.
- Terapia con hormona de crecimiento para niños con baja estatura familiar (estatura baja basada en la herencia y no causada por una condición médica diagnosticada).
- Medicamentos usados con fines estéticos o por conveniencia.
- Medicamentos con receta suministrados fuera de los Estados Unidos, excepto cuando sean necesarios para el tratamiento de emergencia.
- Medicamentos con receta, que incluyen nuevos medicamentos con receta o nuevas formas de dosificación, que determinemos que no cumplen la definición de un servicio cubierto para el cuidado de la salud, a menos que sean médicamente necesarios.
- Aplicaciones de software de dominio público en general o monitores que podrían estar disponibles con o sin una receta o un resurtido.

UnitedHealthcare no trata a los miembros de manera diferente por motivos de sexo, edad, raza, color, discapacidad u origen nacional.

Si piensa que no ha sido tratado justamente debido a una cuestión de su sexo, edad, raza, color, origen nacional o discapacidad, presente una queja al Coordinador de Derechos Civiles:

En Internet: UHC_Civil_Rights@uhc.com

Correo Postal: Civil Rights Coordinator
UnitedHealthcare Civil Rights Grievance
P.O. Box 30608, Salt Lake City, UT 84130

Debe enviar la queja dentro de los 60 días de haberse dado cuenta de lo ocurrido. Usted recibirá la decisión en un plazo de 30 días. Si no está de acuerdo con esta decisión, tendrá 15 días para pedirnos que la revisemos nuevamente.

Si necesita ayuda para presentar su queja, llame al número de teléfono gratuito que se encuentra en su tarjeta de ID, TTY 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. También puede presentar una queja con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

En Internet: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>

Los formularios de queja están disponibles en:

<https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html>.

Por teléfono: Llamada gratuita **1-800-368-1019, 1-800-537-7697** (TDD)

Correo Postal: U.S. Dept. of Health and Human Services,
200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

Ofrecemos servicios gratuitos para ayudarle a que se comunique con nosotros. Por ejemplo, cartas en otros idiomas o en letra grande. Usted también puede pedir un intérprete. Para pedir ayuda, llame al número de teléfono gratuito que se encuentra en su tarjeta de ID.

ATENCIÓN: Si habla **español (Spanish)**, hay servicios de asistencia de idiomas, sin cargo, a su disposición. Llame al número de teléfono gratuito que aparece en su tarjeta de identificación.

請注意：如果您說**中文 (Chinese)**，我們免費為您提供語言協助服務。請撥打會員卡所列的免付費會員電話號碼。

XIN LƯU Ý: Nếu quý vị nói **tiếng Việt (Vietnamese)**, quý vị sẽ được cung cấp dịch vụ trợ giúp về ngôn ngữ miễn phí. Vui lòng gọi số điện thoại miễn phí ở mặt sau thẻ hội viên của quý vị.

알림: **한국어(Korean)**를 사용하시는 경우 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 귀하의 신분증 카드에 기재된 무료 회원 전화번호로 문의하십시오.

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng **Tagalog (Tagalog)**, may makukuha kang mga libreng serbisyo ng tulong sa wika. Pakitawagan ang toll-free na numero ng telepono na nasa iyong identification card.

ВНИМАНИЕ: бесплатные услуги перевода доступны для людей, чей родной язык является **русским (Russian)**. Позвоните по бесплатному номеру телефона, указанному на вашей идентификационной карте.

تنبيه: إذا كنت تتحدث العربية **(Arabic)**، فإن خدمات المساعدة اللغوية المجانية متاحة لك. الرجاء الاتصال على رقم الهاتف المجاني الموجود على معرف العضوية الخاص بك.

ATANSYON: Si w pale **Kreyòl ayisyen (Haitian Creole)**, ou kapab benefisyè sèvis ki gratis pou ede w nan lang pa w. Tanpri rele nimewo gratis ki sou kat idantifikasyon w.

ATTENTION : Si vous parlez **français (French)**, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Veuillez appeler le numéro de téléphone gratuit figurant sur votre carte d'identification.

UWAGA: Jeżeli mówisz po **polsku (Polish)**, udostępniliśmy darmowe usługi tłumacza. Prosimy zadzwonić pod bezpłatny numer telefonu podany na karcie identyfikacyjnej.

ATENÇÃO: Se você fala **português (Portuguese)**, contate o serviço de assistência de idiomas gratuito. Ligue gratuitamente para o número encontrado no seu cartão de identificação.

ATTENZIONE: in caso la lingua parlata sia l'**italiano (Italian)**, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Per favore chiamate il numero di telefono verde indicato sulla vostra tessera identificativa.

ACHTUNG: Falls Sie **Deutsch (German)** sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Bitte rufen Sie die gebührenfreie Rufnummer auf der Rückseite Ihres Mitgliedsausweises an.

注意事項：日本語 **(Japanese)** を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。健康保険証に記載されているフリーダイヤルにお電話ください。

توجه: اگر زبان شما فارسی **(Farsi)** است، خدمات امداد زبانی به طور رایگان در اختیار شما می باشد. لطفاً با شماره تلفن رایگانی که روی کارت شناسایی شما قید شده تماس بگیرید.

ध्यान दें: यदि आप **हिंदी (Hindi)** बोलते हैं, आपको भाषा सहायता सेवाएँ, निःशुल्क उपलब्ध हैं। कृपया अपने पहचान पत्र पर सूचीबद्ध टोल-फ्री फोन नंबर पर कॉल करें।

CEEB TOOM: Yog koj hais Lus **Hmoob (Hmong)**, muaj kev pab txhais lus pub dawb rau koj. Thov hu rau tus xov tooj hu deb dawb uas teev muaj nyob rau ntawm koj daim yuaj cim qhia tus kheej.

ΠΡΟΣΟΧΗ : Αν μιλάτε **Ελληνικά (Greek)**, υπάρχει δωρεάν βοήθεια στη γλώσσα σας. Παρακαλείστε να καλέσετε το δωρεάν αριθμό που θα βρείτε στην κάρτα ταυτότητας μέλους.

PAKDAAR: Nu saritaem ti **Ilocano (Ilocano)**, ti serbisyo para ti baddang ti lengguahe nga awanan bayadna, ket sidadaan para kenyam. Maidawat nga awagan iti toll-free a numero ti telepono nga nakalista ayan iti identification card mo.

DÍI BAA'ÁKONÍNÍZIN: **Diné (Navajo)** bizaad bee yániit'go, saad bee áka'anída'awo'ígíí, t'áá jíí'k'eh, bee ná'ahóót'i. T'áá shqódi ninaaltsoos niit'izí bee nééhozinígíí bine'déé' t'áá jíí'k'ehgo béesh bee hane'í biká'ígíí bee hodiilnih.

OGOW: Haddii aad ku hadasho **Soomaali (Somali)**, adeegyada taageerada luqadda, oo bilaash ah, ayaad heli kartaa. Fadlan wac lambarka telefonka khadka bilaashka ee ku yaalla kaarkaaga aqoonsiga.

ધ્યાન આપો: જો તમે **ગુજરાતી (Gujarati)** બોલતા હો તો આપને ભાષાકીય મદદરૂપ સેવા વિના મૂલ્યે પ્રાપ્ય છે. કૃપા કરી તમારા આઈડેન્ટિફિકેશન કાર્ડ પર આપેલા ટોલ-ફ્રી નંબર પર કોલ કરો.